1000

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

FRAIMAN Willy
né le 17 Février 1935
à PARIS 12°
Externe des Hopitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

LE DIAGNOSTIC POSITIF PRECOCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE tel qu'il apparait dans le service d'obstétrique du CENTRE HOSPITALIER d'ARGENTEUIL (Seine et Oise) d'après une série de 25 cas et une période de six ans.

Président M.MERGER, Professeur

Editeur: GRAFFET S.A. - 50, rue de Maubeuge PARIS 9°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1962 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

FRAIMAN Willy
né le 17 Février 1935
à PARIS 12°
Externe des Hopitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 19

LE DIAGNOSTIC POSITIF PRECOCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE tel qu'il apparait dans le service d'obstétrique du CENTRE HOSPITALIER d'ARGENTEUIL (Seine et Oise) d'après une série de 25 cas et une période de six ans.

Président M.MERGER, Professeur

Editeur: GRAFFET S.A. - 50, rue de Maubeuge PARIS 9°

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A la mémoire de mon PERE :

Assassiné par les Nazis,
Innocente victime des idées reçues.

A ma tante BALBINA :

En témoignage d'affection sincère,
Pour la remercier des efforts qu'elle a faits
Afin que me soient ouverts d'autres horizons.

A la mémoire de mon oncle MAURICE :

Il se serait réjoui de ma carrière.

En témoignage de reconnaissance et inaltérable affection à

Madame Lucie FABRIES
Madame Germaine VITTE et son Epoux

Ces personnes m'ont caché, nourri, soigné, sauvé
pendant quatre années au risque de leur propre vie.

A ma FEMME :

Qui m'a donné cette joie inappréciable : un foyer

A mon FILS :

Pour lui montrer que la perte de l'Espoir
est pathologique chez l'homme.

A ma SOEUR :

En témoignage de gratitude et reconnaissance envers tous ceux qui ont contribué à mon éducation et m'ont donné cette chance inappréciable pour un orphelin qu'est l'accession aux études supérieures:

L'OEUVRE DE SECOURS AUX ENFANTS (O.S.E).

Elle m'a recueilli, élevé, donné un toit et une philosophie.
Qu'elle soit remerciée en elle-même et plus particulièrement à travers les personnes de :

Monsieur JOB son Directeur,

Mademoiselle SCHÖNBERG, Assistante sociale dévouée

Madame Marianne ZISMAN, la Pédagogue de mon enfance,

Monsieur Simon BOTH, Pédagogue de mon adolescence,

Messieurs Louis LAUPIES, Marc BUCCHIANERI et

Albert ALTABERT, moniteurs et amis.

A tous mes Camarades des Maisons d'Enfants.

"REVIVRE", Groupement de Solidarité en Faveur des Orphelins de la Résistance,

Qui m'a aidé combien de fois ? et témoigné toujours beaucoup de sympathie.
Je remercie tout particulièrement :

Madame Renée MOUTARD-VAN DRISSE et

Mademoiselle Simone BRANJONNEAU.

Madame Georgette DEUTSCH de la MEURTHE
Dont l'aide constante et généreuse fut pour moi un facteur de stimulation et d'émancipation.
Qu'elle soit remerciée avec gratitude.

Madame Marcelle RICHEBOURG
Présidente de la Fédération Nationale des Anciens de la Résistance,
Dont le dynamisme et la chaleur humaine me surprennent toujours.

Monsieur Georges DUBOURGUIER
Mon Maître de l'École Primaire
Qui, le premier, m'a encouragé aux études
Et a laissé en ma mémoire un souvenir inaltérable.

Voilà quelques personnes auxquelles je dois sûrement quelque chose. Combien de personnes n'ai-je pas nommées dont je suis pourtant l'obligé ? A qui ne dois-je rien ?

Alors, sans grandiloquence, je remercie et témoigne toute ma reconnaissance

A LA NATION FRANCAISE dont je suis le Pupille.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538121_0019

A notre président de Thèse,

Monsieur le Professeur MERGER.
Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A nos Juges, Hommages Respectueux.

A Monsieur le Docteur Jean BALAZUC
Gynécologue - Obstétricien,
Médecin-Adjoint au Chef du Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse,
Nous a fait profiter de son expérience de la grossesse extra-utérine et nous a prodigué ses précieux conseils dans une atmosphère de douce bienveillance dont nous lui sommes particulièrement reconnaissant.
Nous lui exprimons respectueusement notre sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean Marie AUCLAIR
Gynécologue - Obstétricien
Chef du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

Ses conseils et les quelques mois passés dans son service ont inspiré des sentiments de reconnaissance et de respectueuse admiration.

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat(F.)
habrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen(E.)
azard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.),
ian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.),Monod (R.), Moreau(R.),
oulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur-Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.),
uénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.) Strohl (A.) , Tanon (L.).

DOYEN	Léon BINET Membre de l'Institut
1er ASSESSEUR	Jean VERNE
2e ASSESSEUR	Gaston CORDIER

1.- PROFESSEURS

° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires:

	MM.
natomie	DELMAS (A.)
natomie pathologique	DELARUE (J.)
nesthésiologie	BAUMANN (J.)
iochimie médicale	(JAYLE (M.F.) (SCHAPIRA (G.)
iologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
iologie médicale	FAUVERT (R.)
ancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
mbryologie	GIROUD (A.)
istoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
istologie	VERNE (J.)
ygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
édecine du Travail	DESOILLE (H.)
édecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
icrobiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
athologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
athologie exotique	LAVIER (G.)
athologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
athologie médicale	MILLIEZ (P.)
athologie respiratoire	TURIAF (J.)
athologie et thérapeutiques générales	BOUDIN (G.)
harmacologie	CHEYMOL (J.)
hysiologie	(BINET (L.) (BARGETON (D.)
hysiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.) (DOGNON (A.)
hysique médicale	(DJOURNO (A.)
adiologie médicale	DESGREZ (H.)
echnique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
hérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.) (POLONOVSKI (J.
Biologie médicale	BOURLIERE (F.
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires:

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB(
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales (Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpétrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIG
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTAN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des Enfants (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Saint Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpétrière)	CASTAIGNE (P.
(Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN-BESANC
Cliniques médicales (Cochin	BROUET (G.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint Antoine	KOURILSKY (R.
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologique (bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)	DEROT (M.)

Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique de neurologie (Salpétrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudeloque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hotel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Sr Vincent Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E?)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpétrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAUTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel:

Médecine: (BOUR (H.), (HERMITTE (F.), (PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRE DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CARROL (C.)		(BAULIEU Et.m.conf.
	(COUINAUD (C.)		BOURILLON (R.)
	(GILLOT (C.)		(CARTIER (P.)
	(OLIVIER (G.)	Biochimie médicale	(DREYFUS (J.Cl.)
			(GONNARD (P.)
	(GAUTHIER VILLARS		(IRUH (J.)
	(pr.c.ch.mell P.		(JEROME (H.)
	(LAMBERT (R.)		
	(BUSSER (F.)	Biologie appliquée à	
Anatomie pathologique	(CHOMETTE (G.)	l'Education Physique	
	(GOUGOU (Ch.)	et aux Sports	PLAS (F.)
	(.conf		
	(MICHELOT (Ch.)		(LOMBRET (M.)
	(ORCEL (L.)		(DENOIX (P.)
	(PAILLAS (J.)	Carcinologie	(MATHE (G.)
			(SELIGMANN (M.)
	(KLEIN (E.)		
Anesthésiologie	(VOURCH (G.)	Dermato-Syphili-	(CIVATTE (J.)
		graphie	(DUPERRAT (B.)
	(LAMBERT (P.)		
	(CHRISTOL (D.)	Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Bactériologie	(LE MINOR (L.)		
	(TOURNIER (P.)		

Hématologie	(BESSIS (M.) (BILSKI-PASQUIER (DAUSSET (J.) (DUHAMEL (G.)		(BARCAT (J. (BINET (J.P (CAUCHOIX ((CERBONNET (CHATELIN (
Histologie	(COUJARD (R.) (pr.s.ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)		(DUBOST (Ch (DUBOST (Cl (FAUREL (J. (FLABEAU (F
Hydrologie	(BESANCON (F.) (CORNET (A.)	Pathologie chirurgicale	(GARBAY (M. (GARNIER (H ((Cl.de) GA (d'ALLAINE
Hygiène	(BOYER (J.) (pr.s.ch. (BLANCHER (G.) (CORRE-HURST(Mme) (SAPIN JALOUSTRE		(GERMAIN (A (LATASTE (J (LEVEQUE (B (LOYGUE (J. (MERCADIER (NATALI (J.
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)		(PELLERIN ((PERROTIN (ROBERT (H.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) (pr.s.ch. (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.) (HADENGUE (A.)	Pathologie exotique	(THOMERET (SCHNEIDER (.
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)		(BENHAMOU ((BERTHAUX ((BOIVIN (P.
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)	Pathologie expérimentale	(CROSNIER ((HARTMANN ((LOEPER (J.
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (LEVY (J.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (SENEZE (J.) (SUREAU (C.) (THOYER-ROZAT(J.)		(MAURICE (J (MIKOL (Cl. (RICHET (G. (AUSSANNAIR (BOUVIER (J (BOUVRAIN ((BRICAIRE ((BRISSAUD ((BROCARD (H (BUGE (A.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (DUBOIS (A.) (SARAUX (H.)	Pathologie médicale	(CATINAT (J (CHRETIEN ((COBLENTZ ((CONTAMIN (
Orthopédie	(JUDET (R.) (MEARY (R.) (POSTEL (M.) (RAMADIER (J.)		(COURY (C.) (ETIENNE (J (FREZAL (J. (FRITEL (D.
Oto-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J.) (PIALOUX (P.)		(HENNEQUET (HIMBERT (J (HOUSSET (E
Parasitologie	(GOLVAN (Y.) (LAPIERRE (J.)		(LAROCHE (C (LESOBRE (R (MACREZ (C.

	(MOREAU (L.)
	(NICK (J.)
	(ROYER (P.)
	(TOURNEUR (R.)
	(WOLFROMM (R.)
	(JOSEPH (R.)
	(LAFOURCADE (J.)
	(LEPERCQ (G.)
Pédiatrie-Puériculture	(MANDE (R.)
	(MOZZICONACCI(P)
	(POLONOVSKI (C.)
	(ROSSIER (A.)
	(VIALATTE (J.)
	(BOISSIER (J.)
Pharmacologie	(LECHAT (P.)
	(BARRES (G.)
	(DEJOURS (P.)
	(DURAND (J.)
Physiologie	(GIRARD m.conf.
	(HUGELIN (A.)
	(SCHERRER (J.)
	(CHANTTEUR (J.)
	(GOUGEROT (L.)
	(m.conf.pr.s.ch.
Physique médicale	(GREMY (F.)m.conf.
	(MILHAUD (G.)
	(PELLERIN (P.)
	(ROUCAYROL (J.Cl)
	(TUBIANA (M.)
	(m.conf.

	(KREIS (B.)
Pneumo. phtisiologie	(MEYER (A.)
	(RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
	(DENIKER (P.)
	(DUCHE (D.)
Psychiatrie infantile	(FLAVIGNY (H.)
	(LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	(CERNEA (P.)
Stomalogie	(CHAPUT (Mme A.)
	(m.c.agr.
	(GRELLET (M.)
	(CHASSAGNE (P.)
Thérapeutique	(LAMOTTE (J.)
	(MARCHE (J.)
	(AUVERT (J.)
Urologie	(MOULONGUET (A.)
	(QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE(J.)
	(ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale	(AMFLINE (A.)
	(pr.s.ch.
	(VERNE (J.M.)
	(PERRAULT (M.)
Clinique médicale	(RAMBERT (P.)
	(THIEFFRY (S.)
	(GRASSET (J.)
Clinique obstétricale	(MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.)
	(OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J. Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M.LENA (J.)
Secrétaire Principal	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M.le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	(Mmes CONTET (J.) FORGET (F. (Mlles LAURENT (H.)LE NOIR ((QUIEVREUX (E.)

Willy FRAIMAN

Externe des Hôpitaux de Paris

LE DIAGNOSTIC POSITIF PRECOCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE,

tel qu'il apparait dans le service d'obstétrique du Centre Hospitalier d'ARGENTEUIL (Seine et Oise) d'après une série de 25 cas et une période de six ans.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION : Qui limite le sujet et présente les matériaux de notre travail.

CHAPITRE I: Quelques observations devant servir de référence dans le cours de cette thèse.

CHAPITRE II: Où l'on cite succinctement les élèments du diagnostic positif précoce d'une grossesse extra-utérine tubo-ovarienne.

CHAPITRE III: Constitué par un tableau montrant les résultats de l'enquête.

CHAPITRE IV: Où, à la lueur des données recueillies au chapitre III on critique les élèments diagnostiques énumérés au chapitre II.

CONCLUSION: Où l'on montre le résultat de l'enquête, dans le cadre du service d'obstétrique du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

INTRODUCTION

qui limite le sujet et présente
les matériaux de l'ouvrage.

La tendance actuelle est, quel que soit le domaine à la limitation: on se spécialise, on limite les naissances, la vitesse maximum sur les routes, les salaires minima, les profits. Or, s'imposer une limite c'est nécessairement se reconnaitre une puissance transcendante à cette limite.

La Grossesse Extra-Utérine (1) est l'un des grands sujets de la pathologie pour lequel une limite s'impose si l'on ne veut pas être débordé par la tâche. Dans la GEU nous nous bornerons à la forme tubaire ou, "à la limite", tubo-ovarienne. Ici, nous n'envisagerons que les élèments de son diagnostic et, dans celui-ci, le seul diagnostic positif nous intéressera à condition encore qu'il soit précoce. Nous entendrons par diagnostic positif précoce le cas où la GEU n'est pas rompue, c'est dire que les signes de la rupture sont pratiquement exclus - nous disons pratiquement car en fait, il est difficile de les exclure totalement. Enfin, dernière précaution de douanier, notre travail ne prétend pas à une valeur générale: il ne reflète que notre opinion sur le sujet, d'après une étude de 25 cas et dans le cadre de l'exercice gynécologique de l'Hopital d'ARGENTEUIL. Il est vraisemblable qu'à l'Hopital BROCA ou à la MAYO CLINIC on a une autre opinion que la nôtre; mais leur opinion s'appuie sur une expérience qui diffère de celle que nous avons à la fois par le nombre très important de leurs malades et la condition de leur recrutement.

Tous les dossiers n'avaient pas la même valeur. Nous n'avons retenu que ceux qui étaient vraiment exploitables: c'est c'est ce qui apparaitra mieux au Chapitre III.

Nos 25 cas s'étalent sur six années, de 1956 à 1961: 23 étaient de vraies GEU, histologiquement authentifiées, deux en étaient sans doute mais on n'a pu en retrouver les éléments histologiques diagnostiques - comme il arrive assez souvent- enfin deux autres n'étaient pas des GEU mais se présentaient cliniquement comme tels : l'un était un syndrôme de STEIN-LEVENTHAL, l'autre une perforation utérine post-abortum . Nous les avons exclus de l'enquête mais conservés pour la présentation de celle-ci à titre documentaire. Nous les retrouverons au prochain chapitre qu'il est temps d'ouvrir.

(1)Une fois pour toutes, GEU en abrégé.

CHAPITRE I

Quelques observations devant servir de référence au cours de cette thèse.

Première observation: Madame THO.... Esther 25 ans est hospitalisée le 13 Mai 1957 pour des douleurs abdominales accompagnées de métrorragies.

Dans ses antécédents, une appendicectomie en 1956. Elle n'a jamais été enceinte.

L'interrogatoire nous apprend que jusqu'au 28 février date de ses dernières règles normales elle était toujours régulièrement réglée. Elle présente donc un retard de règles de 45 jours. Cependant du 16 au 28 Mars et le 10 Mai elle a eu quelques petites pertes sanglantes peu abondantes accompagnées de malaises, dysurie et pollakiurie. Une douleur abdominale basse et vague est apparue à une date imprécise. Pas de fièvre.

L'examen de l'abdomen réveille une douleur surtout hypogastrique.

Le toucher vaginal ne ramène pas de sang, montre un utérus de volume normal mais réveille une douleur diffuse dans tous les culs de sac prédominant dans le Douglas.

L'examen au spéculum, sous anesthésie générale, confirme le volume normal de l'utérus et montre un col infantile duquel sourd une glaise sanguinolente.

Hystérométrie: 8 cm. Ponction du Douglas négative.

La Numération et Formule Globulaires montre une anémie à 3.900.000 une leucocytose à 15.700 avec 65% de polynucléaires neutrophiles.

Le diagnostic biologique de la grossesse est négatif

Un curettage biopsique conclue: "... malgré l'absence d'une caduque bien constituée et de villosités choriales, cette image histologique correspond à la persistance d'une réaction déciduale parcellaire (post partum ou abortum)".

La Laparotomie montre: "... un utérus normal, annexes saines mais double ovarite scléro-kystique. Douglas libre. Résection cunéiforme des 2 ovaires..."

Examen Histologique du prélèvement:
"... dystrophie ovarienne de STEIN-LEVENTHAL".

Ce cas est particulier:

1°) Parce qu'il s'agit de la première aménorrhée que cette femme avait. On pouvait penser à la grossesse.

2°) Le tableau clinique fait de métrorragie et douleurs abdominales orientait vers une GEU.

3°) Mais les examens complémentaires - Ponction du Douglas et diagnostic biologique - laissaient planer un doute: on ne pouvait affirmer la GEU.

4°) C'était une bonne indication de la coelioscopie malgré l'antécédent d'appendicectomie.

Deuxième observation: Madame CAS ... Christiane a 32 ans en

Dans ses antécédents: une pleurésie gauche en 1943 suivie en d'une caverne au sommet droit. Six grossesses dont deux césariennes et quatre accouchements normaux. Enfin une salpingite gauche en 1948. Elle nous a été adressée par le service de chirgie qui l'avait reçue pour un syndrôme subocclusif. Elle a toujours eu des menstruations régulières mais elle a pris récemment pour des règles des pertes noirâtres qui sont survenues avec 3 jours de retard sur la date à laquelle elle attendait ses règles.

Cliniquement donc un retard de règles de quelques jours avec pertes métrorragiques noires s'accompagnant de douleur hypogastrique et d'un syndrôme subocclusif.

L'examen de l'abdomen est absolument normal à part la douleur provoquée dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher vaginal réveille une douleur dans le cul de sac gauche qui est légèrement empaté.

Le Diagnostic Biologique de la grossesse est d'abord douteux par la réaction de Galli-Mainini mais positif par celle de Friedman.

Le curettage biopsique n'est pas fait mais la Ponction du Douglas ramène du sang noir et des caillots.

On intervient: On trouve 01,75 de sang dans la cavité abdominale, un hématosalpinx gauche mais pas d'oeuf.

L'examen Histologique conclue à une inondation péritonéale par rupture de kyste progestatif.

Ce cas se singularise par:

1°) Les antécédents nombreux: césariennes, tuberculose pulmonaire et salpingite à l'endroit même où aura lieu la nidation ectopique.

2°) La démonstration de la tendance qu'ont les femmes à prendre n'importe quelle métrorragie pour des règles pour peu qu'elle survienne à la date supposée ... ou presque.

3°) La valeur de la Ponction du Douglas pour le diagnostic positif.

4°) Le diagnostic biologique douteux.

5°) L'importance de l'épanchement sanguin intra abdominal par rapport aux signes cliniques.

6°) Le fait qu'on n'a pas retrouvé l'oeuf lui-même.

Certainement la GEU aurait pu être diagnostiquée plus précocément, malgré l'absence de douleur provoquée au cul de sac de Douglas même après la rupture. Mais il eut fallu que la femme consultat plus tôt!

Troisième observation: Madame COU... Anna a 32 ans en 1959.

Elle n'a aucun antécédent pathologique. On ignore si elle a été enceinte mais elle présente un retard de règles de 2 mois alors que ses cycles sont réguliers d'ordinaire.

Si ses dernières règles datent du 3 février, des métrorragies absolument isolées sont apparues fin mars et ont duré jusqu'au 1er Mai. A ce moment, nous dit-elle son médecin habituel lui a fait une injection de synergon. Des douleurs abdominales apparaissent le 15 Mai et le 17 elle entre chez nous pour un syndrôme d'hémorragie interne.

On trouvera une gestation tubaire dans une trompe diverticulaire que l'on eut pu diagnostiquer bien avant la rupture!

Quatrième Observation: Madame DUF... Ginette a 31 ans en 1959

Dans ses antécédents elle a eu quatre grossesses, deux normales, menées à terme en 1947 et 1949, une fausse-couche provoquée et curettée en 1954, une autre grossesse normale en 1960.

Appendicectomie et cholécystectomie..

Elle arrive chez nous avec un syndrôme d'hémorragie interne et contracture abdominale.

On apprend qu'elle a un retard de règles de 15 jours mais que jusques là ce symptôme était absolument isol

On fait d'emblée une laparotomie et on trouve une GEU à forme ovarienne.

Le compte rendu histologique en confirme le siège et l'âge: jours environ.

On ne pouvait diagnostiquer plus tôt cette GEU qui, jusqu'à l'inondation péritonale, évoluait comme une gros se normale.

La fausse couche a-t-elle favorisé la GEU? Il eu entre les deux une grossesse normale.

Cinquième Observation.

Madame LEG.... Janine est une primigeste de 23 ans en 1959 sans antécédents pathologiques.

Durée en jours	Calendrier	Menstruation	Aménorrhée	Lipothymie	Métrorragies	Douleurs Abdominales	Nidation de l'oeuf	Positivité du Dg. Biologique	Remarques
1	1/9	☒							Les lipothymies et les métrorragies sont les premiers symptômes en date avec quelques petites douleurs abdominales.
12e									
16e	16/9								
20e	20/9					☒			A partir du 32è jour on à un dg biologique de grossesse POSITIF en ville.
30e	30/9								Les mètrorragies deviennent très abondantes vers le 42è jour = elles étaient disparues le 34è.
34e	4/10 env.								Les lipothymies absentes depuis le 30è jour, reparaissent le 49è.
42e	12/10								Grand syndrôme d'inondation péritonéale le 55è jour après les dernières règles.
47e	17/10								
55e	25/10					☒			

La laparotomie montrera 01,5 de sang dans le péritoine sans lésion des trompes mais suintement par le pavillon gauche.

Dans le Douglas on retrouve un oeuf que l'histologie, comfirmant l'aspect macroscopique affirmera âgé de 21 jours seulement - alors que la grossesse en a 45 -

Ici, Il est indéniable qu'un diagnostic plus précoce était possible: soit au 20° jour (si la malade avait consulté son médecin) soit au 30° où aucun clinicien ne pouvait le méconnaitre. Pourquoi un diagnostic plus précoce n'a-t-il pas été fait?

D'abord parce que la malade n'était pas inquiète par ses petits malaises et douleurs entre le 15° et le 30° jour. Après le 30° jour elle a cru à une grossesse utérine banale - croyance que la positivité du diagnostic biologique n'a fait qu'ancrer davantage.

Elle a donc vraisemblablement tenté de se défaire de cette grossesse supposée intra-utérine entre le 42° et le 47° jour - car les métrorragies changent absolument de caractère elles deviennent abondantes et rouges plutôt que minimes et noires. Mais peut être aussi est-ce la chute de l'oeuf -avorté par le pavillon- dans le péritoine qui a déclenché cette transformation des métrorragies mais c'est peu probable. Il est toujours dangereux qu'une femme tente un avortement, mais encore plus sur une GEU!

Enfin il est remarquable que la rupture si l'on peut dire de cette GEU se soit produite quasiment jour pour jour au début du 3° cycle aménorrhéique (28j x 2).

Sixième Observation: Madame HUB... Claudine a dans ses antécédents une appendicectomie.
Sa mère aurait eu une GEU. Elle a accouché normalement chez elle en mars 59. De mars à novembre elle présente de petites pertes sanglantes dans les intervalles de ses menstruations qui sont régulières. Telle qu'elle se présentait initialement le tableau était vague et anormal. Son médecin nous l'adressait pour élucider l'origine des pertes sans parler de GEU à aucun moment.

L'intérêt commence à l'hopital où l'on apprend par un interrogatoire soigneux qu'après un retard de règles de un mois sont apparues des pertes sépia, des lipothymies, de petites douleurs abdominales et également des douleurs dans l'épaule droite accompagnées de faux besoins de défécation. Alors, on fait un toucher vaginal qui montre une masse latéro-utérine droite du volume d'une noix et douloureuse, mais aucune douleur au cul de sac de Douglas.

Un curettage biopsique reviendra en concluant: ..."fragments de muqueuse endométriale hypertrophique à l'état folliculinique sans signe d'imprégnation gravidique".

Peu importe d'ailleurs car on profite de l'anesthésie générale pour faire une Ponction du cul de sac de Douglas qui ramène du sang noir caillebotté.

Dès lors on intervient et on trouve 50 Ml de sang noir dans le péritoine, une trompe droite avec GEU mais aucune fissuration ni infarcissement. Le pavillon laisse suinter une nappe sanglante. L'ovaire droit présente un corps jaune progestatif et hémorragique.

On énuclée l'oeuf. On conserve la trompe. L'intervention terminée on reçoit le diagnostic biologique de la grossesse qui est négatif, et sur l'oeuf l'histologiste concluera à une grossesse tubaire interrompue.

Il semble qu'ici la responsabilité du médecin de ville ait été sérieusement engagée: il n'avait ni interrogé ni examiné la malade. Heureusement le diagnostic positif fut précoce puisque le sang sourdait par le pavillon. Ce n'était pas une rupture. A part la ponction du Douglas qui fut positive, le curettage biopsique et la réaction biologique s'ils avaient constitué les élèments fondamentaux du diagnostic, eussent été bien trompeurs! Que dire alors de l'absence de douleur au cul de sac de Douglas alors que du sang y était épanché?

Septième Observation: Madame ALV... Pilar n'a aucun antécédent pathologique, même de lithiase biliaire, lorsqu'elle est hospitalisée le 1 Septembre 1959. Mais ses dernières règles remontent au 14-7: 16 jours de retard. Dans la nuit elle avait eu une douleur abdominale permanente avec des paroxysmes localisés à l'hypocondre droit qui orientent son médecin (qu'elle avait appelé) vers le diagnostic de colique hépatique. Pas de contracture ni défense.

Son médecin avait passé toute la nuit à son chevet à tenter de la calmer avec de l'atropine. Au petit matin il avait constaté qu'un petit état de choc avec TA=8/5 et pâleur s'était installé. Alors, de guerre lasse, il l'avait adressée à l'hopital. Mais l'interne de garde en médecine peut-être fatigué, voire distrait sinon influençable, la place dans son service avec pour diagnostic celui de colique hépatique hypéralgique et un traitement par théophylline et buscopan. Dans la nuit, l'état s'aggrave et l'on appelle un chirurgien en consultation. Un transfert urgent en gynécologie est décidé, car il découvre un utérus de deux mois, mou avec caduque. Il suspecte une rupture de GEU.

La laparotomie immédiate confirme le diagnostic de rupture de la trompe gauche au niveau de son implantation utérine. Un litre de sang est retiré de la cavité abdominale.

Un diagnostic biologique fait après l'intervention reviendra négatif. Le retard de règles n'était que de 15 jours - mais l'utérus avait le volume d'une grossesse de deux mois. C'est une curieuse histoire.

Huitième Observation: Madame PET... Denise a 36 ans en 1961 lorsqu'elle est hospitalisée pour rupture de GEU droite se traduisant par le classique syndrôme d'inondation péritonéale. Pourtant elle avait eu une annexectomie gauche quelques années auparavant pour GEU également. Ce qui n'avait nullement empêché sa trompe droite, demeurée seule valide, de favoriser la nidation utérine cette fois d'un oeuf pondu dans l'intervalle des deux GEU. L'examen histologique de la trompe droite devait révéler son caractère endometrioïde, sa forme diverticulaire et un oeuf âgé de 15 jours environ, alors qu'elle avait un retard de règles de un mois jour pour jour.

Neuvième Observation: Madame SER...Janine a 32 ans en 1961 ses dernières règles sont du 12 Novembre, mais depuis cette date jusqu'au 12 décembre date de son hospitalisation elle a des métrorragies, peu abondantes, rouges. A priori donc, pas de retard de règles, à condition que l'écoulement du 12 Novembre ait bien été une menstruation normale.

Dans ses antécédents une appendicectomie, un kyste de l'ovaire gauche ayant entrainé une annexectomie gauche en 1960. Le kyste de l'ovaire avait été précédé de deux grossesses normales. Le 12 décembre elle présente une douleur abdominale aigüe.

Le toucher vaginal montre un utérus de volume normal l'hystérométrie à 8 cm. Le col est un peu violet, laisse sourdre du sang rouge. Dans l'annexe droite une masse latéro-utérine douloureuse est prise pour un kyste de l'ovaire. Elle n'a d'ailleurs pas de douleur au cul de sac de Douglas et la ponction de celui-ci sera blanche.

Un curettage biopsique ne révèle pas de décidue ni d'images d'Aria Stella et conclue à une endométrite aigüe.

Pour notre conscience nous demandons un diagnostic biologique de grossesse qui revient positif à notre grande surprise. La Numération et formule sanguine montrait 3500.000 Hématies - 11.300 leucocytes dont 90% de polynucléaires neutrophiles.

Laparotomie qui découvre du sang dans la cavité abdominale, et une grossesse ampulaire droite de 1 mois environ.

Au total, métrorragies pendant un mois sans aménorrhée, masse annexielle douloureuse D avec antécédent de kyste de l'ovaire gauche, absence de douleur au Douglas, utérus normal, ponction négative et curettage biopsique bénin - il était difficile de penser à la GEU sans le diagnostic biologique.

Dixième Observation: L'Histoire de Madame FOU... Jacqueline 32 ans en 1961 ne présenterait rien d'extraordinaire par son retard de règles de 15 jours suivi d'un syndrôme d'inondation péritonéale si dans ses antécédents on ne trouvait une GEU droite en 1953, et si à la laparotomie on ne découvrait que la GEU cette fois encore était à droite, nidée dans le centimètre de moignon de trompe conservé; en outre l'histologie trouvait un oeuf de 15 jours (il aurait du en avoir le double) et des images d'Aria Stella très nettes. Il est des fois où l'on se prend à regretter tout acte conservateur.

Onzième Observation: Madame DOU... Thérèse a 30 ans en 1959. Elle n'a aucun antécédent pathologique. En mai elle a eu 7 jours de retard pour ses règles, suivi de quelques métrorragies sépia typiques qui ne l'inquiètent pas puisque, pense-t-elle elle a eu ses règles en mai; et en juin d'autres règles surviennent 28 jours après les précédentes. Tout serait donc pour le mieux s'il n'y avait quelques douleurs abdominales. Le 6 Juillet elle consulte son médecin parce que les douleurs sont plus vives, elle a des vertiges des nausées même des vomissements et quelques frissons. Le médecin nous l'adresse sans l'examiner au point de vue gynécologique. Nous lui arrachons un "cri du Douglas typique" et la ponction du cul de sac ramène du sang.

Le temps de faire une numération globulaire qui montre 3620.000 Hématies - 11.200 leucocytes dont 76% de polys neutrophiles, nous intervenons. Bien entendu, à la laparotomie, nous trouvons une GEU droite Typique.

Pourtant l'histologiste conclue à une salpingo ovarite aigüe avec apoplexie tubaire d'étiologie inflammatoire.

CHAPITRE II

Où l'on cite succinctement les éléments du diagnostic positif précoce d'une grossesse extra-utérine tubo-ovarienne.

Les données de la clinique peuvent se résumer globalement aux signes qui déclenchent une consultation, à l'anamnèse et au toucher vaginal.

Quant aux investigations complémentaires on peut les classer en deux groupes. L'un qui démontre l'existence d'une grossesse récente ; l'autre, que cette grossesse parait ectopique. Dans le premier groupe on trouve les réactions biologiques de la grossesse et l'examen histologique de l'endomètre recueilli par curettage ou biopsie. Dans le second groupe, la ponction du cul-de-sac de Douglas, l'hystérosalpingographie, et la coelioscopie.

Les données de la clinique

Les signes qui motivent une consultation : Pour qu'une femme consulte, il faut qu'elle ait des motifs de le faire, surtout en cas de GEU - Pour qu'il y ait diagnostic précoce, il faut que la femme consulte avant la rupture de la trompe - Quels sont les petits faits qui peuvent l'inquiéter ?

Tout d'abord des perturbations menstruelles : Ce peut-être une une aménorrhée ou un simple petit retard de règles. Dans le premier cas, elle n'a plus de règles depuis un, deux ou trois mois. Dans le second, avec un retard sur la date normale est apparu un saignement qui a peu ou pas les caractères des menstruations normales. Parfois ce saignement ressemble aux règles à s'y méprendre (cf observation 9 p.20).

Elle peut consulter pour des métrorragies et c'est le cas le plus fréquent. Celles-ci sont d'abondance variable. Abondantes, elles simulent nous avons vu des règles mais elles n'ont pas leur place normale dans le cycle régulier. Minimes assez souvent elles sont aussi bien rouge que sépia ou noire, survenant sans horaire dans la journée.

Il arrive qu'un médecin soit alerté par une femme qui, croit-elle, présente une fausse-couche spontanée. La ressemblance est si flagrante que même le médecin s'y laisse prendre. On ne trouve pas de foetus parmi les débris et l'on prend pour du placenta ce qui n'est qu'une caduque. Ainsi, parfois, l'utérus évacue une caduque triangulaire complète qui constitue "le moulage" de sa cavité. En définitive, il s'agit d'une fausse fausse-couche et il importe d'être méfiant afin d'éviter les catastrophes qui s'annoncent si l'on temporise. Heureusement la tendance

actuelle est d'hospitaliser toute fausse-couche supposée.

Ensuite viennent les douleurs. Toutes les douleurs du ventre peuvent être en cause : celle de l'appendicite, dans la fosse iliaque droite, comme celle de la colique hépatique la plus typique avec son irradiation à l'épaule droite et son siège maximum sous les côtes droites (cf OBS n°7 page 19) - On peut voir un simple endolorissement du bas-ventre ou un ténesme. Parfois tout se résumera à une colique, c'est dire le caractère éminemment fluent, non spécifique, trompeur de ces douleurs-symptômes.

Ce que l'on peut apprendre par l'anamnèse est très précieux pour orienter le diagnostic du médecin. Il n'est pas indifférent d'apprendre que la femme était antérieurement stérile et que sa stérilité ou bien a guéri spontanément, ou bien a été traitée par les antituberculeux insufflés dans les trompes. On peut aussi lui avoir fait une plastie tibaire.

Parfois on découvre dans les antécédents une infection génitale, tubaire ou non.

La fréquence des avortements provoqués ou spontanés n'est pas si faible pour qu'il soit rare d'en obtenir l'aveu. Les femmes les cachent rarement à leur médecin. C'est une preuve de la confiance qu'elles ont en sa discrétion.

Enfin un antécédent de GEU doit renforcer la suspicion à l'égard de toute metrorragie avec ou sans retard de règles, qu'elle ait ou non été suivie de conservation tubaire (cf OBS n°8 p. 20 et 10 p. 21).

Dans une proportion importante des cas, la GEU apparait cependant inopinément, sans que rien ait pu la faire suspecter ou prévoir. La femme est donc venue consulter : un toucher vaginal s'impose. On voit trop d'histoires gynécologiques traitées hativement par une ordonnance sans même l'appoint diagnostic de cet examen (cf OBS.7 p.19). Sans nous étendre sur sa technique disons que l'on cherche, pour justifier les soupçons qu'a induit un interrogatoire soigneux :
tantôt une masse latéro-utérine, plus ou moins nettement séparée de l'utérus et de douleur variable - très rarement elle est indolo
tantôt une petite douleur dans le cul-de-sac de Douglas que l'on peut sentir empâté.

Il ne faut guère compter sur une augmentation du volume de l'utérus car ce signe est presque toujours absent, comme l sont les signes sympathiques, cependant il est plus habile de rechcher une discordance entre le retard de règles et un petit utérus pour l'âge de la grossesse que celui-ci présume. Le plus souvent, surtout dans la GEU non rompue, on se retirera en bon ordre en réservant son diagnostic car on note "un petit quelque chose de douloureux dans un cul-de-sac" (Dixit H.Mondor). Hélas, dès lors, les craintes de la malade sont partagées par son médecin : c'est l'épreuve. Tout retard diagnostic expose chaque jour la malade à un cataclysme hémorragique abdominal. Tout diagnostic positif précoce impose à ce moment le recours au laboratoire.

Les Investigations Complémentaires

Au premier plan se placent les réactions biologiques de la grossesse parce qu'elles sont de réalisation facile tant en ville qu'à l'hôpital. Nous en utilisons surtout deux : celle de GALLI-MAININI sur Rana Esculenta et celle de FRIEDMAN-BROUHA sur la lapine vierge pubère. Seule une réaction positive affirme la possibilité d'une grossesse. Ce n'est pas une certitude car il est des causes d'erreur. La négativité de l'une ou de l'autre réaction n'infirme pas non plus le diagnostic de grossesse. Nous développerons au chapitre IV la critique de ces réactions (cf OBS n°2 p.14).

On peut être amené à faire un examen histologique de l'endomètre dans bien des cas, soit sur indication d'un curetage biopsique lorsque cliniquement on suspecte fortement une GEU malgré une réaction biologique négative, soit sur le produit du curettage que l'on fait en pensant à une fausse-couche banale devant ce qui était en fait une GEU.

On peut encore le demander sur les débris de caduques perdus spontanément ou sur le produit d'une biopsie d'endomètre.

S'il y a GEU il montrera une réaction déciduale (à ne pas confondre avec une réaction décidu iforme que l'on rencontre fréquemment à la deuxième période post-ovulatoire d'un cycle normal) et parfois des images qu'ARIA STELLA a décrites.

S'il révèle des villosités choriales il affirme le diagnostic positif de grossesse intra-utérine et non celui de GEU, à moins qu'il y ait coexistence des deux ! éventualité non impossible.

La Ponction de Douglas dans les cas vus tôt, avant la rupture est presque toujours blanche, négative. Positive, elle affirme le plus souvent la rupture dont elle constitue un excellent argument. Mais elle peut être positive avant toute rupture et traduit alors l'hématocèle constituée par le suintement sanglant qui s'écoule par le pavillon de la trompe (cf OBS n°6 p.18)

L'Hystérosalpingographie n'est possible que si la réaction biologique de la grossesse est négative, seule possibilité d'affirmer l'absence de grossesse intra-utérine.
Elle montre trois sortes de signes :
les uns sont utérins : bordure à convexité externe qui traduit l'atonie du muscle assez évocatrice de l'imprégnation gravidique, les deux autres sont tubaires. On ne peut leur accorder une valeur pathognomonique si évocateurs soient-ils du diagnostic car ils ne sont pas présents dans tous les cas.

La distension de l'ampoule avec aspect marécageux traduit l'hématosalpinx.

La lacune intra-tubaire, à limite interne nette, arrondie, à concavité externe représente le contact du liquide de contraste avec le pôle interne de l'oeuf. Parfois l'oeuf entier

apparait sous la forme d'une lacune ovalaire sauf sur une étroite zone représentant l'implantation ovulaire sur la trompe.

Toutes les investigations que l'on a vues jusqu'à présent souffrent des exceptions quant à l'affirmation du diagnostic de GEU. Toutes peuvent l'affirmer, aucune ne peut l'infirmer.

C'est tout le contraire pour la coelioscopie qui diagnostiquera plus souvent la GEU qu'elle la méconnaîtra. Les autres commettaient des erreurs par défaut, elle par excès. Pour le pronostic vital c'est mieux. Aussi constitue-t-elle un examen décisif sur le plan diagnostic si le contexte n'a pu emporter la conviction.

Bien entendu elle doit être faite avant toute rupture car après celle-ci elle n'est d'aucun secours, une laparotomie étant mieux indiquée.

On ne peut la réaliser qu'avec un matériel spécialisé et un personnel entrainé. Ses contr indications sont peu nombreuses mais absolues : adhérences, brides, séquelles d'infection péritonéale antérieure. La "soufflûre" localisée, violacée, siégeant sur la trompe dont la surface est sillonnée d'un lacis de veines dilatées alors que le reste de l'appareil génital est normal constitue l'une des images les plus typiques.

L'hématosalpinx apparait comme une aubergine avec l'ampoule tubaire dilatée et parsemée de petits caillots de sang au voisinage du pavillon dont les franges sont congestionnées.

On voit quelques fois une masse annexielle enrobée d'épiploon mais qui est ecchymotique par place avec des caillots noirs.

Toutes les investigations complémentaires épuisées si un doute subsiste ou bien si la coelioscopie est contrindiquée il vaut mieux, nous semble-t-il, intervenir et faire une laparotomie plutôt que de risquer l'inondation péritonéale cataclysmique de la rupture tubaire. On aura ainsi souvent la chance de découvrir une affection simulant la GEU, mais qui constitue tout de même une indication opératoire. En matière de GEU, on ouvre rarement un ventre pour rien. (cf OBS n°1 p.13 et 11 p.21).

CHAPITRE III

Constitué par un tableau montrant les résultats de l'enquête.

ELEMENT	R	T	ELEMENT	R	T
Aménorrhée	25	0	Age 20-25 ans	5	5
Retard de règles	23	23	Fièvre	25	7
Métrorragie abondante		2	NFS	21	17
Métrorragie minime	22	15	Corps Gravide	12	2
Pseudo fausse couche		5	Col violet	5	3
Douleurs vagues	10	8	Masse latéro-utérine	9	5
Douleur FID		4	Dl cds latéral	14	13
Douleur colique	4	2	Dl cds Douglas	18	16
Douleur bas Ventre	21	18	Lipothymies	9	8
Autre douleur	2	2	Galli-Mainini	9	5
Ténesme	3	1	Friedman	1	1
Dysurie	2	1	Curettage Biopsique	9	4
Douleur pseudo hépatique	7	3	Curettage évacuateur	1	1
Stérilité Antérieure	25	2	Biopsie d'endomètre	1	1
Infection génitale	10	6	Ponction du Douglas	14	13
Avortement spontané	12	2	HSG (Hystérosalpin.)	1	0 ?
Avortement provoqué	15	6	Coelioscopie	0	0
Antécédent GEU		5	Laparotomie	25	25
Intervention Abdom.	15	12	Images d'Aria Stella	4	1
Age 35-45 ans	4	4	Inondation péritonéale		20
Age 30-35 ans	16	16	GEU à temps		3
Age 25-30 ans	2	2	Hématocèle		2

(1) R = Recherché T = Trouve

CHAPITRE IV

Où, à la lueur des données recueillies au Chapître III on critique les éléments diagnostiques énumérés au Chapître II

Au total, nous avons 25 cas dont 23 GEU authentiques et 2 très probables.

Le matériel, nous l'avons dit, est assez hétéroclite : il faut bien reconnaître que toutes les observations n'ont pas été prises avec la même conscience de l'importance du détail. Un signe négatif par exemple est rarement noté comme tel, mais passé sous silence. Mention n'est pas faite qu'il a été recherché. Or, pour la clinique, l'établissement du diagnostic positif et la statistique un signe négatif a autant de valeur qu'un signe positif. L'idéal dans ce cas serait d'avoir un questionnaire ronéotypé où l'on biffe des mentions inutiles et coche ou complète les autres. Faute d'un tel questionnaire, force nous fut de nous satisfaire avec ce que nous trouvâmes. Délibérément nous ne retînmes que les éléments dûment notés, recherchés vraiment, et ils figurent à leur rubrique. Ainsi de la dysurie, sur 25 cas elle ne fut recherchée que 2 fois et l'on affirma qu'elle existait une fois. Faut-il conclure que la dysurie existe dans 50% des cas ? Devions nous conclure qu'elle n'existe pas plus souvent qu'ailleurs ? L'une et l'autre opinion sont insoutenables. La seule conclusion possible est qu'on n'a pas attaché assez d'intérêt à la recherche de ce symptôme.

Ce préambule un peu amer étant fait arrivons en aux faits et analysons l'enquête dans ses résultats, rubrique par rubrique.

ANALYSE DE L'ENQUETE

L'AMENORRHEE : Si jamais nous ne la trouvâmes, cela signifie que jamais nous ne constatâmes l'existence dune GEU chez une femme que nous suivions antérieurement pour aménorrhée. Nous distinguons l'aménorrhée du simple retard de règles.

LE RETARD DE REGLES : Chaque fois qu'il fut recherché (23) il fut trouvé, si minime soit-il (7 jours) ou long (2 mois et demi). Nous ne concluons pas à l'absence de GEU s'il n'y a aucun retard de règles ! Nous connaissons au moins un cas personnel et privé de notre maître J. BALAZUC où il existait une GEU authentique - et même une récidive - sans aucun retard de règles ... fut-ce un seul jour ; la laparotomie fut faite avec le diagnostic clinique de GEU au 25° jour du cycle ! Qui ne connait de cas semblable ?

Aucun retard n'a excédé 80 jours. Il existe cependant des GEU avec un retard de règles supérieur par exemple la grossesse extra-utérine à forme abdominale qui n'est diagnostiquée

le plus souvent pour telle qu'à terme ! Le fait est même fréquent pour des GEU tubo-ovariennes. Nous nous bornons à reconnaître qu'à ARGENTEUIL nous ne constatâmes pas de retard de règles supérieur. Il s'avère que, pour cette forme de GEU, 80 jours est un maximum de retard de règles avant le déclenchement d'accidents graves. Il est exceptionnellement dépassé, pour des raisons que nous n'avons pas à approfondir ici.

En outre, l'analyse microscopique et macroscopique de l'oeuf lui a donné pour âge le plus souvent 3 semaines, quelque fois un mois et deux fois quinze jours, alors que la plupart des femmes accusaient un retard de six semaines. Nous nous bornons à remarquer, en curieux, que dans un nombre de cas important apparai une discordance entre l'âge de l'oeuf et la durée du retard de règles. A d'autres d'expliquer le fait. (cf OBS n°4 p. 15)

Puisque nous en sommes aux remarques, notons un dernier fait qui nous a intrigué. La plupart du temps (au moins 15 fois sur 25) la rupture s'est produite à une date qui, normalement en l'absence de fécondation, eut correspondu à la période d'ovulation du cycle, autrement dit environ au 15°, 45°, 75° jour de retard de règles. Ces dates sont des "pics" de rupture. De même les métrorragies initiales et les ruptures apparaissent assez souvent les 30° et 60° jour de l'aménorrhée à une date où seraient normalement attendues les menstruations. Si on réserve 4 jours pour la période aux environs des 15°, 45° et 75° jours et 4 jours pour les 30° et 60° jours, il reste dans le cycle 20 jours sur 28 où la fréquence des accidents métrorragiques et cataclysmiques sont très rares. (cf OBS n°3 et 4 p.15 - n°8 et 9 p.20).

LES METRORRAGIES : Recherchées vraiment 22 fois, elles furent retrouvées 17. Quinze fois elles furent minimes ou peu abondantes, sépia brunes ou rouges, deux fois très abondantes et rouges, simulant un avortement. Toutefois les 2 cas de GEU non authentifiés avaient des métrorragies (cf OBS n°2 et n°11). Donc sept GEU authentiques, soit 30% (1) n'avaient pas de métrorragie. Autrement dit, si une métrorragie est une condition suffisante pour une GEU, elle n'est pas nécessaire. Les formes minimes sont les plus fréquentes et les autres abondantes, exceptionnelles. En outre, la plupart du temps, les métrorragies abondantes sont précédées de pertes minimes distillantes. Nous l'avons constaté sur nos 2 GEU à forme métrorragique abondante. Mais des pertes minimes frappent moins l'attention de la femme aménorrhéique qu'une forte métrorragie.

(1) Nous ne donnons de pourcentage que pour fixer les idées pour présenter un ordre de grandeur. Nous n'attachons pas de valeur statistique particulière à notre étude.

Nous constatons que s'il existe bien des GEU pour lesquelles les seules métrorragies connues sont abondantes, il ne fut observé à ARGENTEUIL aucun cas où les formes minimes étaient absentes. Donc, sans jeu de mots, pour la métrorragie pas de règle: elle est capricieuse, récidivante, plutôt minime, de couleur noire, brune sépia rouge ou rose ... quand elle n'est pas absente. Mais une métrorragie abondante signifie très souvent -deux fois sur deux ici (1) - rupture.

On ne saurait trop insister sur la valeur de piège que prend une métrorragie pour une femme qui redoute une grossesse. Elle survient, nous l'avons remarqué plus haut, fréquemment à une période qui eut correspondu normalement en l'absence d'aménorrhée, à une ovulation voire une menstruation. Si la métrorragie survient tôt avec cinq ou dix jours de retard sur la date des règles, la femme "phobique" est déjà conditionnée psychologiquement pour la confondre avec des règles normales, mais un peu retardées. Puisqu'elles sont déjà anormales par leur date, pourquoi ne le seraient-elles pas aussi en quantité et qualité ? D'ailleurs se dit cette femme, quelle importance celà peut-il avoir que mes règles soient anormales puisque je les ai enfin de nouveau ? Dès lors, elle reprend confiance et, loin de consulter, elle attend radieuse, insouciante malgré quelques petites douleurs abdominales qu'elle se complait à ignorer. Elle attend, sereine, le mois suivant, qui la voit arriver chez nous exsangue. Que dire alors si les métrorragies surviennent, abondantes et rouges, jour pour jour avec un mois de retard ? La joie devient de l'ivresse !

L'AVORTEMENT SIMULE : La GEU se présente parfois comme un avortement banal. Nous l'avons vu 5 fois sur 25 - 20% des cas. Une métrorragie abondante n'est pas nécessaire pour une fausse-couche.

Nous avons vu que l'une de nos malades (OBS n°5 p.[illegible]) craignant sans doute une grossesse intra-utérine avait vraisemblablement tenté une manoeuvre abortive ; celle-ci pouvait expliquer la métrorragie très abondante apparue après la forme minime. Mais ce changement de caractère peut aussi être survenu spontanément.

Sans revenir sur la gravité de la manoeuvre éventuelle qu'à faite cette malade, il faut insister sur l'énorme danger que courrait une malade si son médecin confondait sa GEU avec un avortement banal. L'inverse est moins grave. Heureusement la tendance actuelle -d'ailleurs recommandée sur le plan légal - est d'hospitaliser tous les avortements. Il convient de penser à la GEU devant toute fausse-couche, même la plus banale, mais surtout si le saignement persiste après curettage.

(1)"100% des cas" n'aurait aucune signification.

DOULEURS ABDOMINALES VAGUES : Nous les avons retrouvées 8 fois sur 10. Elles étaient isolées ou associées à des douleurs plus précises car on peut avoir une très vive douleur scapulaire droite et des algies très vagues dans le ventre. Moins fréquentes sont :

LES DOULEURS DANS LA FOSSE ILIAQUE DROITE : On ne peut prétendre que les retrouver quatre fois sur neuf corresponde à la réalité des faits. Pour être honnête il faudrait prendre la statistique de chirurgie générale ou abdominale et rechercher combien d'appendicites/étaient en fait des GEU à la laparotomie.

De tels cas échappent aux gynécologues cliniques, d'autant que le toucher vaginal est souvent indécis et même la formule sanguine. Un bon interrogatoire reste cliniquement le critère essentiel.

LES DOULEURS A TYPE DE COLIQUE : Nous les avons recherchées seulement quatre fois et retrouvées d
Et pourtant, si les douleurs pseudo-appendiculaires sont atypiques dans une GEU les coliques pour certains le seraient moins. Mais on ne pense pas à les rechercher, ou bien l'interrogatoire est insuffisant, quand on ne les élimine pas d'emblée en pensant qu'elles ne font pas partie des signes de la GEU. On a tendance à minimiser leur valeur sémiologique ou à rapporter leur existence à une pathologie associée - ainsi de ces femmes colitiques, femmes d'officiers militaires notamment.

Les douleurs coliques font partie des petits signes qui, avec le ténesme et la dysurie se retrouvent assez souvent dit-on dans la GEU et notamment au début, avant la rupture. Cependant les uns diront que la vraie colique de la GEU est ..... salpingienne, et les autres que ténesme et dysurie sont des symptômes d'hématocèle ; pour notre part, nous sommes incapables de trancher faute d'arguments.

Si l'on réserve le cas de la colique, aucune des douleurs énumérées n'est typique de la GEU. Deux autres algies qu'il nous reste à envisager pour n'être pas pathognomoniques non plus ont pour elles leur fréquence sinon le caractère évocateur de leur association avec une GEU.

LA DOULEUR HYPOGASTRIQUE : Elle est définie par son siège car son type échappe parait-il à toute description. Hélas, Hélas, Hélas, on ne la rencontre pratiquement qu'au moment de la rupture. C'est un très mauvais élément pour le diagnostic précoce. Ainsi l'avons nous rencontrée 18 fois sur 21 alors que nous comptons 20 inondations péritonéales d'emblée.

LA DOULEUR DE TYPE COLIQUE HEPATIQUE : Elle se localise à l'hypocondre droit et irradie (ou non) assez fréquemment à l'épaule droite. Elle est spontanée ou isolée : pas de signe de Murphy, ni de gros foie. Rares sont les antécédents de crises identiques car la GEU frappe surtout

les femmes jeunes, de 30 à 35 ans. Cette douleur peut donner naissance à de dramatiques erreurs diagnostiques comme ce fut le cas chez nous (cf OBS. n°7 p;19).

Une douleur de colique hépatique résistante à la thérapeutique, survenant chez une femme jeune, accompagnée d'un collapsus, impose un toucher vaginal, qu'un retard de règles soit ou non associé.

On dit que la douleur du type colique hépatique traduit une irritation péritonéale. Dans la GEU, celle-ci serait provoquée par l'épanchement sanguin. Pourquoi pas ? En effet, nous
s que la retrouvâmes 3 fois sur 7, il s'agissait d'une inondation péri-
sur 3 tonéale. Mais alors nous posons deux questions : Pourquoi toutes les irritations péritonéales ne donnent-elles pas ce type de douleur ? Pourquoi ne la notâmes nous pas 20 fois sinon 22 dans nos 22 cas d'épanchement sanguin intra-péritonéal ?

Si nous nous fions à la théorie, en bonne logique cette douleur ne peut être un élément du diagnostic précoce sauf en cas de suintement par la pavillon.

Les douleurs ne doivent pas être considérées comme des éléments du diagnostic positif précoce. Elles sont variables dans leur intensité et caractère. Ellesnesont franches que lors de la rupture, mais elles constituent d'excellents signes d'alarme lorsqu'elles existent, parfois trompeuses il est vrai pour l'orientation positif.

Cependant une chose est acquise : une grossesse intra-utérine n'est pas douloureuse à son début. Il faut donc prendre sagement que toute aménorrhée secondaire de moins de trois mois sans cause évidente qui s'accompagne de petites douleurs abdominales de n'importe quel type est a priori suspecte de GEU et déclencherdes investigations complémentaires jusqu'à la certitude diagnostique.

Néanmoins l'initiative reste aux femmes. Il faut qu'elles consultent. Une petite douleur malheureusement ne retient pas l'attention d'une femme enceinte. Aussi loin que l'on remonte, la douleur fait partie de la mémoire du sexe féminin : la femme a mal à chaque menstruation, à chaque accouchement, pourquoi la douleur ne serait-elle pas normale au début de la grossesse ? Ainsi pense-t-elle, ainsi a-t-elle toujours pensé au cours des siècles. Seul le médecin pense différemment. Le lui a-t-il dit ? Le sait-elle

Nous abordons maintenant les données de l'anammèse. Trop souvent délaissé l'interrogatoire est pourtant avantageux pour le clinicien. Pourquoi exercer dans des conditions de vétérinaire si l'on peut l'éviter ?

L'AGE : est important à connaître et, en la matière n'est pas indiscret qui s'en enquiert. C'est la femme de trente ans, déjà chère à BALZAC, qui est particulièrement atteinte par le mal : 16/29 65% ! Celle de 20 à 25 la suit de loin : 5 fois soit 20%. Les autres catégories sont moins touchées : 8%. On note une nette baisse de la fréquence des GEU entre 25 et 30 ans, période encadrée par deux "pics".

Aucun cas entre 15 et 20 ans d'une part et 45 et 60. La vie génitale normale existe pourtant déjà - ou encore - à à ces âges extrèmes.

Bref, au contraire des héros d'ASIMOV qui redoutaient la soixantaine, craignons la trentaine lorsque nous sommes femmes.

LA STERILITE ANTERIEURE : nous n'avons jamais observé que le test de guérison d'une stérilité fût une GEU. Cependant 2 fois sur 25 la GEU constitua la première gestation. Mais nous pensons que les techniques modernes de traitement de la stérilité, soit par salpingoplastie, soit par insufflation ou lyse enzymatique, voire le traitement local des tuberculoses annexielles, va déterminer une augmentation de la fréquence des GEU. Attendons, d'un bistouri vaillant, l'afflux des GEU, critère de l'efficacité de nos techniques.

L'INFECTION GENITALE : par contre, qu'il s'agisse de simple vaginite ou de salpingite reconnue, favorise semble-t-il la GEU : 6 fois sur 10. Le fait n'a rien d'étonnant. Il faut donc en tenir compte, et on pourra ainsi noter comme ce fut le cas pour nous, des exemples curieux

Une de nos malades avait une aménorrhée de 1 mois et demi, et une GEU authentique. Elle avait aussi une leucorrhée. A la date prévue les règles n'apparurent pas, mais la leucorrhée eut une telle poussée que cette femme dut se garnir plusieurs fois pendant 3 jours. Puis cet écoulement se tarit : 15 jours plus tard elle inondait son péritoine.

LES AVORTEMENTS : ont pour complications classiques la GEU, sans qu'on sache s'il s'agit des avortements spontanés ou provoqués et parmi ceux-ci curetés ou non. Sur les 15 fois où la question "Avez-vous fait une fausse-couche ?" fut posée et la réponse inscrite on a noté 6 réponses affirmatives dans la catégorie des avortements provoqués reconnus, 2 dans celle des avortements spontanés. Nous aurions beau jeu de joindre ces 2 pelés aux 6 tondus pour faire 8 chauves et conclure que dans 50% des cas l'avortement se complique de GEU à plus ou moins long terme. Mais nous ne le ferons pas car nous avons remarqué toutes les combinaisons possibles de la GEU avec les avortements.

La GEU d'abord, l'avortement ensuite ou l'inverse :
Puis GEU - AV - grossesse normale (GIU) ou
GEU - GIU - AV sinon,
GIU - AV - GIU ou encore,
AV - AV - GIU - GEU voire
AV - GIU - AV - GIU - GEU - GIU etc....

Il n'en demeure pas moins qu'une notion classique ne saurait être démolie par la seule vertu de l'humour et nous retiendrons jusqu'à plus ample informé, que l'avortement favoriserait la survenue ultérieure d'une GEU. Quant à affirmer que les plus préjudiciables sont, dans l'ordre croissant, l'avortement spontané, l'avortement provoqué cureté, et, enfin, l'avortement provoqué non cureté, abandonné à lui-même, là nous abdiquons, et ce pour deux raisons. Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO nous donne la première. Dans un pays où l'avortement fut reconnu légal pour des raisons sociales, l'U.R.S.S. et où le curetage du jour au lendemain fit fureur, la proportion des GEU après la promulgation de la loi par rapport à celle d'avant fut de 200 pour 10 La deuxième raison est que l'on peut estimer à 80% le nombre des avortements qui ne sont pas curetés. Or dans notre étude, 80% des avortements provoqués suivis de GEU ont été curetés et rapportés au nombre total des avortements suivis de GEU les avortements provoqués en représentent 80%. Enfin, heureusement plus de 99,7% des avortements ne sont pas suivis de GEU. Pour preuve, Monsieur le Professeur MERGER accorde à la GEU la fréquence 3%o des accouchements totaux. On admet pour la France, autant d'avortements que de naissances. Donc les GEU seraient la conséquence de 3%. des avortements seulement sans compter les autres causes .

L'ANTECEDENT DE GEU : est très important pour l'orientation du diagnostic quand il existe. Sa fréquence n'est pas négligeable. Dans notre cas 5 fois sur 25 soit 20%, proportion située en dehors des limites de la simple coïncidence. Quelle est l'origine de cet état=le terrain défavorable cher aux auteurs Allemands ? L'injection génitale ? les brides et adhérences postérieures à l'intervention initiale ? la mauvaise qualité d'une trompe conservée ? la critique est difficile. Par exemple l'un de nos cas comporte une GIU (1) puis une GEU gauche avec salpingoplastie une GEU droite avec annexectomie suivie d'une GEU droite sur le moignon restant !
Par quel mystère ?
Marquons de trois croix l'antécédent de GEU aussi éloigné soit-il et méfions-nous.

LES DONNEES DU TOUCHER VAGINAL : On ne saurait envisager un diagnostic de GEU sans un toucher vaginal, et pourtant, à l'instar de MALHERBE la récolte des fruits ne passe pas la promesse des fleurs. En effet, sauf dans les cas de rupture où un symptôme domine,

(1) grossesse intra utérine ou grossesse normale.

Il est rare que les données du toucher vaginal soient assez riches pour emporter la conviction du diagnostic. Ce sera d'autant plus le cas qu'on sera plus éloigné de la rupture. On trouve rarement un utérus gravide. Il faut retenir pour argument diagnostic en faveur de la GEU que l'utérus est rarement augmenté franchement de volume, même pour un retard de règle important: l'hystérométrie (pratiquée seulement si la réaction biologique de grossesse est négative) est entre 7 et 9 cm . Rien d'anormal. Peut-être l'utérus est-il un peu plus mou, le col plus violet, mais c'est rare=10 fois sur 12 le corps était normal; 3 fois sur 5 le col violacé. Ce dernier signe serait donc plus fidèle que le précédent et l'association d'un retard de règles, d'un corps normal et d'un col violet avec une douleur abdominale serait suspecte de GEU surtout si elle va de pair avec un diagnostic biologique positif. Ceci n'est cependant qu'un exemple.

La masse latéro utérine se retrouve un fois sur deux de taille variable, douloureuse électivement dans une annexe; il est rare qu'on perçoive le sillon qui la sépare de l'utérus. Dans notre enquête nous la retrouvons une fois sur deux. Peut être est ce trop peu souvent car nous avons surtout observé des GEU rompues ou en cours d'avortement tubaire. L'oeuf était dès lors dans la cavité abdominale et on ne pouvait le percevoir ni à gauche ni à droite dans une annexe !

Une signe pratequement constant semble être la douleur dans un cul de sac latéral, isolée, sans masse associée. Nous la trouvons 13 fois sur 14. Mais s'agit-il de la douleur de l'oeuf, ou de la trompe fissurée ?

La retrouverions nous aussi souvent avant toute rupture lors d'un examen précoce ? nous ne pouvons nous avancer = les statistiques sont trop traitresses.

Car en effet prenons la douleur dite du cul de sac de Douglas, si intense qu'elle s'exprime par un cri. Nous l'avons retrouvée 16 fois sur 18 mais il s'agissait de 18 inondations. Elle est due pour certains auteurs justement à cet épanchement sanguin. Autrement dit, avant toute rupture fissuration ou suintement , l'absence de sang épanché dans le cul de sac justifiait l'indolence de celui-ci. Vrai ou faux? Nous ne pouvons trancher, mais si cette* pathologie s'avère exacte la déduction est logique et le cri de Douglas ferait défaut dans les GEU vues précocément avant toute rupture.

Il ne faut pas compter à un stade précoce sur les lipothimies dues elles aussi vraissemblablement à l'épanchement sanguin. En somme, la douleur au cul de sac de Douglas et les lipothimies seraient en principe des signes tardifs n'apparaissant que lors des hémorragies intrapéritonéales qu'elle que soit leur mode; Mais il est des GEU vues précocément qui suintent par le pavillon du sang se collectant dans le Douglas. En outre on peut presque à coup sûr compter sur une douleur localisée à un cul de sac latéral, voire sur une masse latéro utérien électivement douloureuse. Enfin si le corps apparaît normal, en mettant un spéculum, la découverte d'un col peut constituer un argument non négligeable. Il est extrêmement rare que le toucher vaginal n'apprenne rien= une seule fois sur 25 cas dans notre étude.

* physiopathologie

Pourquoi hésite-t-on tant parfois à le faire ?
(Cf OBS n° 7 p.19)

LA FIEVRE:Elle est rare, c'est plus souvent un fébricule, signe de désarroi organique, qu'une fièvre oscillante symptomatique d'une infection telle salpingite ou métrite. Schématiquement, à 39° on pense à l'hématosalpinx suppuré, à 38° à la GEU sur salpingite, à 37° à la GEU simple; à 36°5 ou 36° c'est un bon choc par rupture cataclysmique !

LES NUMERATIONS ET FORMULE GLOBULAIRES

Paraissent avoir elles aussi une certaine valeur pour l'orientation du diagnostic. Nous demandâmes 21 fois cet examen immédiatement à l'entrée.
17 fois il montra:

2.900.000 à 3.500.000 hématies
8.000 à 15.000 leucocytes (en général 11.000)
80 à 93 % de poly nucléaires neutrophiles

Or sur ces 17 cas, 15 furent des inondations et les 2 autres des hématocèles rompues secondairement (rupture en 2 temps) Dans les deux seuls cas qu'on peut considérer comme vus à temps, avant toute rupture, la NFS fut:

3.500.000 à 3.800.000 hématies
6 à 8.000 leucocytes
70 à 80 % de polynucléaires neutrophiles

Nous sommes enclins à accorder à la NFS une valeur supérieure à celle qu'on lui attribue, si on l'associe aux autres symptômes.
Si elle est de la première forme: forte anémie, nette hyperleucocytose et forte neutrophilie la rupture est probable.
Si, à l'exemple de la 2ème éventualité: elle associe une anémie légère , une leucocytose normale et une neutrophilie nette elle constitue un argument fragile, certes, mais valable pour étayer un diagnostic de GEU non rompue - et l'on sait avec quelle avidité on cherche quelquefois les arguments à cette période délicate où les impressions, subjectives, acquièrent autant d'importance que les symptômes, objectifs.

Bien entendu, de nombreuses causes peuvent perturber une numération globulaire; mais de même qu'on contemple la Lune alors que personne n'a encore foulé son sol, de même ne se dispense -t-on pas d'un examen sous prétexte qu'à lui seul il ne saurait emporter la conviction.

Le thermomètre et le microscope ne sont pas des symptômes mais des arguments.

LES TESTS BIOLOGIQUES DE LA GROSSESSE:

Au Centre Hospitalier d'ARGENTEUIL nous ne recourons qu'à deux d'entre eux: le test de GALLI-MAININI qui utilise les grenouilles mâles RANA AESCULENTA, et celui de FRIEDMAN avec la lapine vierge pubère. Peu onéreux et rapide, le test de GALLI-MAININI nous sert pour le dépistage. Il peut être positif ou négatif. S'il est douteux, nous sacrifions une lapine. Le test de GALLI-MAININI est largement suffisant

pour le diagnostic qualitatif. Celui de FRIEDMAN intervient lors des dosages quantitatifs (1).

Si tout laisse penser qu'il s'agit d'une GEU si le test de GALLI-MAININI s'avère franchement positif, nous intervenons sans tarder.

Une réaction négative n'infirme pas le diagnostic de GEU comme une réaction positive le caractèrise pas formellement non plus. Plus souvent que pour tout autre grossesse, une GEU coexiste avec une réaction négative = près de 40% des cas (cf OBS. N° 6 page 18 et 7 page 19)
Plus rare est l'absence de GEU lorsqu'on obtient une réaction biologique positive, dans un syndrôme qui lui ressemble.

Une réaction négative impose des investigations complémentaires = plutôt que contrôler un test par l'autre nous demandons l'examen histologique de l'endomètre en répétant la ponction du cul de sac de Douglas. L'Hystérosalpingographie et la coelioscopie décideraient un dernier ressort.

Nous fîmes le test de GALLI-MAININI 9 fois pour d'authentiques GEU. Cinq fois il fut positif. Bien entendu nous ne tînmes pas compte lors de notre enquête des tests demandés à l'occasion de syndrômes simulant une GEU. Le diagnostic rectifié après la laparotomie, permit de classer le dossier à une autre rubrique. Aussi l'intérêt des tests biologiques de la grossesse dépasse-t-il celui du simple diagnostic positif. Nous verrons qu'il en est de même pour la coelioscopie.

Négatif dans 40% des cas (2) le test biologique de la grossesse manque pas trop de rigueur et de spécificité pour que, dans le cadre de la GEU, nous posions sur lui l'indication opératoire. Nous l'insérons toujours dans un faisceau d'autres sympômes et nous intervenons même s'il est négatif, car il s'est avéré tel 3 fois sur 9 pour d'authentiques GEU.

Très souvent la GEU qui se rompt est encore évolutive. Le sérum présente un fort taux de gonadotrophines. Parfois elle se meurt et le taux est faible. Parfois elle est morte, l'oeuf ayant avorté depuis longtemps, et cependant ou bien il existe encore un taux d'hormones suffisant pour donner un test douteux voire positif . C'est le cas notamment autour de 600 unités lapine. ou bien le taux est trop faible (au dessous de 300 U.L.) pour donner autre chose qu'un test négatif.

(1) L'obtention d'une réaction de FRIEDMAN que nous demandons, à un laboratoire parisien très spécialisé nous impose de trop longs délais pour un diagnostic qualifi atif. Nous sommes trop souvent contraints d'intervenir avant de connaître le résultat.

(2) Il n'est négatif que dans 0,50 % des grossesses normales.

Mais un test peut être négatif et une trompe érodée sur le point de se rompre ! C'est l'inconvénient des phénomènes endocriniens ... de n'être pas instantanés. Lents à s'ébranler, ils sont lents à s'arrêter.

Aussi serait-ce une grave erreur de faire du test biologique de la grossesse le couteau du fléau de la balance entre l'indication et l'abstention opératoire.

Positif ou négatif, un test n'est pour nous qu'un symptôme de plus.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DE L'ENDOMETRE:

Il fut fait dans près de la moitié des cas. Il n'est pas indifférent de ne ramener qu'une caduque d'une GEU à forme abortive. Le cas s'est produit. Nous ne vîmes cependant jamais l'évacuation spontanée d'une caduque "véritable moule de la cavité utérine".

Il nous arriva de profiter de la laparotomie pour cureter un peu l'utérus et ramener des fragments de muqueuse destinés à l'analyse histologique. Nous fîmes également des curetages biopsiques avant toute laparotomie et des curetages évacuateurs pour des avortements supposés et qui s'avèrent des erreurs diagnostiques. Une fois même, demandée sans penser à la GEU, une biopsie d'endomètre nous révèla cette solution pour un diagnostic délicat !

Négatif 5 fois sur 9 (plus de 50%) dans d'authentiques GEU, c'est dire sa valeur toute relative. Nous n'avons que des louanges à faire à notre histologiste, le Docteur ISIDOR, et nous savons pertinemment que si son honnêteté professionnelle scrupuleuse le lui eut permis il nous eut affirmé neuf fois une "imprégnation gravidique indiscutable". Mais les faits seuls sont intangibles.
Nous pensons que l'examen histologique de l'endomètre n'est qu'un appoint pour le diagnostic positif précoce ou non de la GEU: "c'est avec les petits signes qu'on fait les grandes maladies" nous disait un conférencier d'externat; pour la GEU c'est tout à fait vrai.

Le curetage biopsique sera toujours subordonné à une réaction biologique de la grossesse en l'absence de métrorragies importantes . Que peut-on voir ?

<u>des Villosités choriales</u> ? alors, en principe, est infirmé le diagnostic de GEU, affirmé celui de grossesse intra utérine La coïncidence des deux est exceptionnelle,
<u>des images décrites par ARIA STELLA</u>;
Elles seraient plus fréquentes dans la GEU. La Docteur ISIDOR les a recherchées 4 fois et trouvées une seule. Présentes une fois sur quatre on ne saurait compter trop fermement sur elles pour étayer un diagnostic (cf OBS. N°20 P.14 et 10 p.21)

Une GEU est improbable en l'absence de réaction déciduale et d'image d'ARIA STELLA, mais non impossible (cf OBS 9 p.20).

Bref, valeur très relative de l'examen histologique de l'endomètre pour l'affirmation du diagnostic à l'hopital. Que dire pour le médecin praticien ?
Dans l'immense majorité des cas l'exécution d'un curetage biopsique nécessite l'hospitalisation mais il est souvent délicat de demander à une jeune femme qui se trouve en bonne santé apparente de se faire hospitaliser. Pourtant, si nous avions une chance sur deux de gagner à la Loterie Nationale, nous achèterions tous un billet !

LA PONCTION DU DOUGLAS:

Elle devrait toujours être négative si la GEU est prise à temps, avant toute rupture, autrement dit en cas de diagnostic précoce. Mais surgissent trois causes d'erreur
- La ponction blanche alors que la trompe a saigné, faute d'avoir atteint l'hématocèle. - La ponction positive sur une GEU non rompue mais qui saigne par le pavillon .
- La ponction qui est devenue positive au deuxième essai parce que le premier a été trop brutal, en l'absence de toute GEU !

Nous fîmes 14 ponctions dont 13 positives, donc aucune GEU ne fut diagnostiquée précocément. Sur 25 cas, nous eûmes 20 inondations péritonéales d'emblée et 2 hématocèles. Reconnaissons en passant la valeur de la ponction du Douglas pour affirmer la GEU rompue.

Un diagnostic précoce impose donc une ponction blanche. Contrairement à l'examen histologique de l'endomètre elle peut être réalisée au cabinet du médecin. Il suffit que celui-ci soit entraîné, prudent propre et bien instrumenté = seringue étanche, longue aiguille vissée aseptie rigoureuse. La ponction est facile et peu douloureuse. Si elle est blanche c'est peut être une GEU vue à temps. Mais ce peut être aussi une hématocèle dont les caillots sont trop organisés pour pouvoir être aspirés, voire même une fausse GEU.
Si elle ramène du sang rouge épais et coagulable on a ponctionné un vaisseau ou la trompe.
Si c'est du sang rouge vif incoagulable on est tombé sur la collection sanglante qui s'est formée récemment .
Enfin du sang rouge et des caillots noirs révélateurs hématocèle.

En somme, de technique simple et de résultats assez fidèles, d'exécution facile par un praticien soigneux, la ponction du cul de sac de Douglas donne d'utiles renseignements, tant dans la GEU prise à temps, avant toute collection sanglante où elle doit normalement être blanche que dans la GEU rompue où elle ramène du sang rouge ou noir, coagulé ou incoagulable. Toutefois, comme pour les tests biologiques et l'examen histologique de l'endomètre on ne peut se reposer sur elle seule du diagnostic positif précoce.
Dans la GEU il n'y a que des signes de présomption, jamais de certitude. C'est ce qui a justifié la multiplicité des investigations complémentaires dont les deux plus récentes (avec les

images décrites par ARIA STELLA) sont l'hystérosalpingographie et la coelioscopie.

L'HYSTEROSALPINGOGRAPHIE:

Elle est de technique radiologique simple, ses résultats assez fidèles dans l'ensemble et nous avons vu quelles images elle redonne. Toutefois sa réalisation nécessite des conditions très strictes: l'absence formelle de grossesse intra utérine, et une GEU non rompue.
La première condition est ennuyeuse lorsque le diagnostic biologique de la grossesse est douteux.
A ce stade, un oeuf ectopique est mort mais une trompe va se rompre.
La seconde est parfois d'affirmation malaisée cliniquement, même si la ponction du Douglas est négative, car il peut s'agir d'une hématocèle.
Celle-ci laisse moins craindre l'irruption de l'iode dans la cavité péritonéale que la rupture secondaire sous l'effet de la pression du liquide de contraste.

Quelques précautions doivent être prises: la réalisation en milieu chirurgical si le diagnostic de GEU est fortement suspecté pour parer à tout incident; des manoeuvres douces, une pression faible afin de ne pas provoquer la rupture.

En principe, dans cette indication, l'HSG (1) n'est pas un examen de pratique courante en ville. Ici, nous recherchons essentiellement les éléments qui peuvent aider le médecin praticien à nous adresser à temps les GEU. On peut donc éliminer l'HSG. En raison de sa réalisation trop délicate, cette investigation est réservée aux Centres Hospitaliers. Elle se situe alors au premier plan des examens complémentaires.
Mais malheureusement, dans cette indication, nous n'avons guère d'expérience car nos malades furent hospitalisées trop tardivement. Le seul cas où l'HSG fut possible pour diagnostiquer une GEU authentique(1) nous vîmes des images atypiques = pseudopolypes intra utérins dus à la caduque et imperméabilité de la trompe droite.
L'imperméabilité d'une (ou de deux) trompe doit attirer l'attention chez une femme suspecte de GEU tout autant que les belles images décrites par les auteurs. La découverte fortuite d'une obsturation tubaire à l'occasion d'une HSG faite antérieurement pour une raison quelconque doit s'inclure dans le context anamnestique d'une femme qui revient consulter pour une triade associant douleurs abdominales, retard de règles et métrorragies.

En définitive , que penser de l'HSG ? Incontestablement c'est un examen utile et efficace pour l'établissement du diagnostic positif lorsqu'elle est indiquée dans la GEU. Malheureusement la condition formelle de négativité du test biologique de la grossesse prive de son secours au moment même du plus grand besoin, avant toute rupture ou fissuration, la posivité du test étant l'éventualité la plus fréquente.

(1) HSG = Hystérosalpingographie

En outre, son exécution en ville, délicate sinon pleine de risques lorsqu'est soulevé le diagnostic de GEU la réserve à l'exercice hospitalier. Or, au Centre hospitalier d'ARGENTEUIL, nous recevons surtout des inondations péritonéales. L'HSG est inutile à ce stade.

En somme, l'HSG est extrèmement précieuse pour le diagnostic précoce de la GEU lorsqu'elle est indiquée. Hélas, ainsi qu'il ressort de notre enquête, jusqu'à présent elle le fu rarement. Nous espérons pour les malades et nous-mêmes, un revirement de cette tendance.

LA COELIOSCOPIE : "... Examen désormais indispensable, évite le a'ermoiements, les inondations, les fissurations et les détériorations tubaires irréversibles. En cas de doute, ne pas utiliser la coelioscopie c'est refuser la radiographie au diagnostic d'une fracture et s'évertuer à tracer par la palpation le siège et la direction du trait au crayon dermographique sur la peau du blessé"... On ne peut mieux présenter la coelioscopie que Monsieur le Professeur P. FUNCK-BRENTANO. Encore faut-il avoir l'opportunu té de la faire ! Pour indiquer une coelioscopie dans une GEU il faut que celle-ci soit vraiment très pauvre en symptômes (ou très bâtarde) qu'elle soit très précoce et de première atteinte.

La pauvreté des symptômes caractérise les GEU très précocement détectées, parfois même avant tout retard de règles. C'est dire la rareté de cette éventualité.

A ARGENTEUIL nous hésitons à faire une coelioscopie aux femmes ayant subi une intervention abdominale antérieu On risque de rompre par mégarde une bride vascularisée et de déclencher une inondation péritonéale indépendante de toute GEU. Donc, les conditions de réalisation restreignent encore le champ déjà étroit des indications.

Qu'il s'agît d'un tableau évident de GEU rompue ou dont le diagnostic fut acquis grâce aux autres examens complémentaires, ou bien qu'une laporatomie d'emblée fut seule indiquée pour un symdrôme ressemblant à la rupture d'une trompe, nous regrettons de n'avoir en six ans jamais fait de coelioscopi pour confirmer le diagnostic positif. Nous recûmes trop rarement les GEU à temps et lorsque ce fut le cas, une intervention abdominale antérieure nous retint de la faire. Pourtant, des coelioscopies nous en fîmes plusieurs pendant cette période chez des malades qui cliniquement apparurent comme des GEU, même avec le secours des examens complémentaires et du laboratoire. La coelioscopie infirma le diagnostic. Nous retînmes qu'elle présente de l'intérêt surtout pour le diagnostic différentiel, en vertu

du fait même qu'elle méconnait rarement la GEU ; ses tendances la porteraient plutôt aux erreurs par excès que par défaut. Elle infirme plus souvent qu'elle n'affirme le diagnostic de GEU car lorsqu'elle est indiquée, il est temps de renoncer à celui-ci. Une GEU qui a assez peu de symptômes pour justifier une coelioscopie a bien peu de chances d'être une vraie GEU.

Ainsi la laporatomie exploratrice pour GEU devrait être réservée aux seuls cas d'infection péritonéale ancienne ou d'invervention abdominale antérieure qui contrindiquent la coelioscopie. En principe, dans notre étude, nous eussions pu la faire une fois - sur 25 ! Pour ce seul cas, le diagnostic fut acquis d'après la clinique, l'hystérosalpingographie ayant révélé des images douteuses. Dans ces conditions, on peut se demander quelle est la fréquence de son indication ? Elle est certainement supérieure à 2%, si l'on adresse <u>tôt</u> les GEU à l'hôpital, autrement dit si en ville on les diagnostique précocement.

CONCLUSION

Force est de reconnaître que le diagnostic positif de grossesse extra Utérine est difficile car s'il est des signes qui permettent à coup sûr de l'affirmer, il n'en est pas qui catégoriquement l'infirment.

Moins fréquent que le diagnostic positif est le diagnostic positif précoce avant toute fissuration. Au centre Hospitalier d'Argenteuil nous le faisons rarement. . . La faute n'en incombe pas à nos investigations complémentaires qui sont en nombre et qualité suffisants, mais tient à deux raisons qui sont indépendantes de notre volonté.

D'abord les médecins praticiens eux-mêmes nous adressent trop tard leurs malades car ils sont trop souvent amenés à ne poser le diagnostic GEU que devant sa rupture. Ensuite, et surtout parce que les malades consultent trop tard leur médecin. Qu'elles soient négligentes ou redoutent une maternité intempestive et non désirée, les femmes ne s'inquiètent pas des petits signes d'alarme interprêtables par le seul médecin. Trop souvent à leurs yeux, la correspondance d'un retard de règles avec une grossesse intra-utérine normale s'avère une équation sans exception. Leur attitude s'explique et est logique, en l'absence d'une éducation spéciale puisqu'en six ans, si nous avons relevé 25 cas de GEU nous avons fait plus de 7000 accouchements, et soigné combien d'avortements ? La proportion de 3 GEU pour 1000 grossesses normales à terme nous paraît refléter sensiblement la réalité.

L'absence de mortalité chez les GEU que nous avons eu à connaître ne s'oppose pas à la recherche d'un diagnostic plus précoce = combien de malades meurent encore en ville comme à la campagne avant tout recours médical ? D'autre part un diagnostic précoce permet une chirurgie plus aisée pour l'opérateur. Il peut espérer réaliser dans un nombre de cas non négligeable une intervention conservatrice.

Ainsi, il ressort qu'au Centre Hospitalier d'Argenteuil nous sommes dans une impasse qui, nous le pensons, ne nous est pas particulière. L'idéal serait de faire le diagnostic avant la grande inondation péritonéale, mais les femmes ne savent pas assez qu'une hémorragie, même légère, après 15-20 jours de retard de règles impose une consultation. Elles la rattachent souvent à l'interruption spontanée d'une grossesse intempestive et non désirée. Elles ne consultent donc pas. Le médecin est alors dans l'impossibilité d'aiguiller à temps ces malades pour éviter le drame abdominal.

Il semble qu'actuellement où l'information médicale du public s'organise il faille sans se lasser réaliser l'éducation des femmes. Il faut insister sur la nécessité de consulter en cas de troubles menstruels inhabituels et sur le bénéfice à tirer d'une intervention plus précoce lorsqu'elle s'avère indispensable. C'est là une grande question qui dans la vulgarisation et l'information médicales du public devrait l'emporter sur de nombreux sujets traités abondamment et qui ne présentent pas le même intérêt social sinon vital.

Vu le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Léon BINET
Vu le Recteur de l'Académie de Paris, Jean ROCHE
Vu le Président de Thèse, Monsieur MERGER